LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Maladies vénériennes : Les vénériennes à Saint-Lazare, par le Dr L. Jullien, p. 673. — **Bibliographie** : Atlas manuel des maladies externes de l'œil, p. 674 — **Revue de la presse étrangère** : Pour la défense du gargarisme, p. 675. — **Académie des sciences** : *Séance du 16 octobre* 1899. — *Présidence de M. Van Tieghem.* — Des qualités préventives du sérum sanguin d'une génisse immunisée contre la péripneumonie contagieuse des bovidés, p. 675. — Démonstration de la désagrégation des leucocytes et de la dissolution de leur contenu dans le plasma sanguin pendant l'hypoleucocytose. Influence de la leucolyse intravasculaire sur la coagulation du sang, p. 675. — Sur la composition et la valeur alimentaire des principaux fruits, p. 677. — **Académie de médecine** : *Séance du 21 octobre* 1899. — *Présidence de M. Panas.* — La vaccination dans les pays chauds, p. 677. — Le congrès de gynécologie d'Amsterdam, p. 677. — Les accidents de l'anesthésie, p. 677. — Bégaiement guéri par la craniectomie temporaire, p. 677. — Causes de la surdité de J.-J. Rousseau, p. 678. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 20 octobre* 1899. — *Présidence de M. Raymond.* — Anévrysme de la crosse aortique, p. 678. — Inocclusion du septum ventriculaire sans rétrécissement de l'artère pulmonaire et sans cyanose, p. 678. — Embolie paradoxale, p. 678. — **Association française de chirurgie** : (XIIIe Congrès de chirurgie, 1899). — Séance du 16 octobre 1899, p. 678. — Hystérectomie abdominale totale, p. 678. — Tumeurs des os, p. 678. — **Société de chirurgie** : *Séance du 24 octobre* 1899. — *Présidence de M. Pozzi*, p. 681. — Traitement des kystes hydatiques du foie par la suture sans drainage, p. 681. — Néphropexie par le procédé en hamac, p. 681. — De la chirurgie gastrique, p. 681 — Méningo-encéphalocèle de l'orbite droite, p. 682. — Traitement du décollement de la rétine par la ponction de la sclérotique, p. 682. — Abcès pulmonaire. Pneumotomie Guérison, p. 682. — **Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle**, p. 682. — **Variétés** : Lettre d'un médecin de campagne, p. 683. — XIIIe Congrès international de médecine (Paris, 2-9 août 1900) (*Suite*) p. 682. — **Nouvelles**, p. 682.

MALADIES VÉNÉRIENNES

Les vénériennes à Saint-Lazare (1).

Par le Dr L. Jullien,
Chirurgien de Saint-Lazare.

En dix ans, j'ai reçu dans mon service de Saint-Lazare 1.750 *malades*, mais beaucoup d'entre elles étant venues à plusieurs reprises et jusqu'à 6 et 7 fois, ce nombre de 1.750 malades suppose un nombre d'*entrées* beaucoup plus considérable, au moins quadruble.

Me bornant à l'examen de 1.000 femmes malades inscrites sur mes registres, de 700 à 1.700, chiffre plus commode pour les calculs et pour les pourcentages, je me propose d'exposer brièvement le tableau de mon service de Saint-Lazare, lequel doit être la sensible reproduction des quatre autres confiées à la direction très expérimentée de mes amis MM. les Drs Chéron, Le Pileur, Verchère, Barthélemy.

Proportion des filles soumises et des clandestines. — Sur 1.000 malades, je compte 823 clandestines, et 177 filles soumises, en chiffres ronds, le cinquième. Parmi ces dernières, je n'ai pas distingué les filles de maison, dont la proportion est tout à fait infime. La population de nos services est donc essentiellement recrutée parmi les prostituées libres, débutantes ou récidivantes, qui en forment plus des quatre cinquièmes, 82,3 p. 100.

Clandestines.....	823	soit 82,3 p. 100.
Soumises.....	177	— 17,7 p. 100.

Age des malades. — Trois âges : 17, 18 et 19 ans détiennent incontestablement le privilège de l'initiation à la débauche; et 18 ans arrive en tête avec une notable supériorité numérique de 146 sujets contre 125 à 17 ans, 120 à 19, 104 à 20 ans. Les 3 cas notés à 12 ans et à 13 ans proviennent d'enfants très développées, précocement perverties, et qui avaient dissimulé leur âge. A partir de 25 ans, nous ne comptons que des cas rares, et enfin quelques vieilles épaves du libertinage, ou plutôt de la misère, nous fournissent la trentaine de cas notés de 40 à 60.

12 ans	1 cas	26 ans	21 cas	40 ans	4 cas
13 —	2 —	27 —	13 —	41 —	2 —
14 —	6 —	28 —	13 —	42 —	3 —
15 —	8 —	29 —	14 —	43 —	1 —
16 —	24 —	30 —	15 —	45 —	1 —
17 —	135 —	31 —	7 —	47 —	3 —
18 —	146 —	32 —	13 —	48 —	4 —
19 —	143 —	33 —	9 —	49 —	3 —
20 —	103 —	34 —	5 —	50 —	2 —
21 —	90 —	35 —	10 —	52 —	3 —
22 —	65 —	36 —	5 —	54 —	2 —
23 —	50 —	37 —	5 —	55 —	1 —
24 —	33 —	38 —	2 —	56 —	1 —
25 —	30 —	39 —	4 —	62 —	1 —
				63 —	1 —
	836		132		32

Quant à la proportion réciproque des clandestines et des soumises en fonction de l'âge, cela n'offre pas grand intérêt; c'est à 17 ans que commencent à paraître les inscrites sur nos listes; à 20 ans leur proportion est au maximum, en retard de 2 ans sur le *fastigium* des clandestines, ce qui se comprend aisément, et l'on voit les années fatales de la prédominance se multiplier et perdurer suivant une sorte de plateau jusqu'au voisinage de la trentaine, alors que les insoumises ou ont disparu ou ne se montrent plus que par unités ou dans une proportion tout à fait négligeable. Au surplus voici le *tableau de l'âge de nos 177 filles en carte.*

(1) Communication à la Société de Médecine de Paris.

17 ans	9 cas		29 ans	5 cas		41 ans	1 cas	
18 —	12 —		30 —	4 —		42 —	1 —	
19 —	11 —		31 —	2 —		43 —	1 —	
20 —	18 —		32 —	8 —		45 —	1 —	
21 —	11 —		33 —	1 —		47 —	3 —	
22 —	8 —		34 —	3 —		48 —	3 —	
23 —	10 —		35 —	5 —		49 —	2 —	
24 —	7 —		36 —	4 —		50 —	1 —	
25 —	8 —		37 —	4 —		52 —	3 —	
26 —	6 —		38 —	1 —		54 —	2 —	
17 —	6 —		39 —	3 —		56 —	1 —	
28 —	7 —		40 —	3 —		62 —	1 —	
						63 —	1 —	
	113			43			21	

Nature des maladies observées. — Abordons maintenant l'examen des manifestations morbides présentées par nos 1.000 femmes.

Je commencerai par mettre de côté tout un lot de lésions communes développées dans mon service ou venues des salles voisines, blessures diverses, injections, qui doivent être signalées mais n'entrent pas en ligne de compte au point de vue de notre statistique spéciale.

Par ordre de fréquence, il faut donner la première place aux *écoulements des voies uréthro-génitales* que je vois figurer dans plus de 650 cas. Je range tous ces cas sous la rubrique blennorragie, bien que le gonocoque qui a toujours été cherché, n'ait pas été trouvé dans tous les cas. On peut poser en principe, en effet, que toutes ces femmes ont été touchées une fois au moins par le microbe de Neisser, et que, à quelques jours de distance près, ma recherche eût été positive. On voit immédiatement combien universel et formidable est l'empire du gonocoque. Certes, j'ai vu beaucoup d'inflammations pelviennes, nombre d'annexites mettre mes pensionnaires à deux pas du tombeau, mais je n'en reste pas moins étonné, étant donné le genre de vie de ces malheureuses, que la fréquence de ces complications ne soit pas dix fois plus considérable.

Cette réflexion s'imposera d'autant plus nécessairement si l'on prend garde que la blennorragie, toujours difficile à guérir chez la femme, même la plus attentive, est fatalement vouée à la chronicité et aux incessantes récidives chez les coureuses qui constituent notre personnel ; Or *in globo*, 65,1.p. 100 de nos malades sont atteintes.

Parmi ces 651 blennorragiennes nous comptons 561 clandestines et 90 filles en carte. Je remarquerai immédiatement que le pourcentage est tout en faveur de ces dernières, que nous voyons atteintes dans la proportion de 57 0/0 tandis que les femmes non surveillées présentent à ce point de vue l'énorme vulnérabilité de 68,1 0/0, fait qui n'a pas lieu de nous surprendre, ces dernières, plus jeunes, étant généralement plus près de la période aiguë, celle que Diday appelait, à si juste titre, irrépressible.

La syphilis figure au 2e rang, frappant 421 de nos malades sur 1.000, soit 42, 1 0/0, un peu moins de la moitié. Cette proportion, relativement modeste et bien inférieure à celle que l'on indique habituellement, n'a pourtant rien de consolant. Elle veut dire simplement que beaucoup de nos malades, très jeunes encore, n'ont pas eu le temps de prendre contact avec la diathèse ; et cela est si vrai que, contrairement à ce que nous avons observé pour la blennorragie, nous allons voir les pensionnaires du bureau des mœurs frappées en plus grand nombre que les filles libres, tout simplement parce qu'elles sont plus âgées, ou, qu'on me permette l'expression qu'elles emploient elles-mêmes, parce qu'elles *font la noce* depuis plus longtemps. Les chiffres suivants ne laissent aucun doute à cet égard. Sur 823 clandestines je compte 340 syphilitiques, soit 41, 31 0/0 ; tandis que 177 inscrites fournissent 81 cas de syphilis, soit 51,41 0/0. Il est vrai que si j'entreprenais d'apprécier la sévérité des atteintes, les rôles changeraient, car, tandis que le dispensaire arrête impitoyablement, sur le moindre soupçon d'un accident contagieux, les femmes qui se rendent à ses visites, rien ne peut donner une idée chez les insoumises des ravages dus à la vérole non soignée et généralement favorisée par le défaut de toute hygiène, l'incurie et la saleté.

Les végétations ou *papillômes*, ou *condylômes acuminés*, sont très fréquentes dans nos services, et, souvent considérées comme lésions négligeables, échappent à nos statistiques. Aussi je pense que le total de 138 cas, soit 13,8 p. 100, est au-dessous de la vérité. Plus fréquente relativement chez les clandestines, comme la blennorragie dont elle est tributaire, nous l'y rencontrons 122 fois sur 823 malades, soit dans 14,8 p. 100 des cas, tandis que les cartées ne nous en ont présenté que 16 cas sur 177 malades, soit 9 p. 100.

38 cas de *chancre mou* sur 1.000 entrantes nous donnent une quotité globale de 3,8 p. 100. Les clandestines y participent pour 29 cas, soit 3,5 p. 100 et les régulières payent un tribut plus considérable avec 9 cas sur 177, soit 5,7 p. 100.

L'herpès qui n'est pas, à proprement parler, une maladie vénérienne figure noté dans 36 cas sur 1.000, soit 3,6 p. 100, et nous donne une proportion identique chez nos 2 classes de malades, 3,6 p. 100 chez les filles libres (30 cas) et 3,9 chez les régulières (6 cas).

Enfin, nous terminerons par la *gale*. 60 cas sur 1.000 ; 6. p. 100. C'est essentiellement la maladie des insoumises malpropres, 55 cas, soit 6,68 p. 100, les autres n'en présentent que 5, soit 3,45 p. 100.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas manuel des maladies externes de l'œil, par le professeur O. Haab, de Zurich ; édition française, par le Dr Albert Terson, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Paris, un vol. in-16, 284 p., avec 76 figures coloriées et 6 figures dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1900.

Il y a trois ans, nous avons analysé ici un excellent manuel d'ophtalmoscopie des mêmes auteurs. Le livre actuel est fait sur le même plan et rendra les mêmes services. Les 40 planches chromo-lithographiées, contenant 76 figures coloriées, sont très bien faites et donnent une très bonne idée des maladies dont elles accompagnent la description. Cela ne peut assurément remplacer l'examen des malades et telle ne saurait être la prétention des auteurs, mais avec cet atlas et par simple comparaison, un médecin, même peu expérimenté, fera facilement le diagnostic de la plupart des maladies externes de l'œil; pour d'autres ces planches rappelleront et fixeront mieux dans la mémoire des maladies déjà observées. Ce livre est donc tout à fait utile et répond à un réel besoin.

Il est d'ailleurs très bien fait. Le texte de Haab montre la grande expérience et le grand sens clinique de l'auteur. Les corrections et annotations très nombreuses de M. Albert Terson donnent un peu trop parfois l'impression d'un devoir d'élève corrigé par le maître; néanmoins, il y a beaucoup d'additions précieuses, qui rendent ce livre plus complet et plus français. Le but d'ailleurs n'était pas de faire un manuel complet des maladies externes de l'œil; alors il y manquerait bien des choses. C'est un atlas avec texte clair et précis; c'est une promenade illustrée devant toutes les parties importantes de la pathologie oculaire, promenade très curieuse, fort instructive et que voudront faire avec les auteurs tous ceux qui ont besoin de connaître les maladies externes de l'œil, c'est-à-dire tous les praticiens.

A. Chevallereau.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Pour la défense du gargarisme, par Kramolin; *Pest. med. chir. Presse*, 36, 1899). — Sænger et Totts avaient mis en doute la valeur thérapeutique du gargarisme; Kramolin, qui a fait quelques expériences sur ce sujet, s'est convaincu que le gargarisme n'a pas grande valeur chez l'homme dont la gorge est étroite ou qui ne sait pas se dominer, tandis qu'il remplit très bien son but chez les individus qui ont la gorge large et dont les amygdales sont tuméfiées, de sorte qu'il ne serait pas bon d'en négliger l'emploi. D'ailleurs il s'agit d'un procédé thérapeutique insuffisant qu'on doit chercher à compléter au lieu de le rejeter. Il faut d'abord renseigner le malade sur la manière de se bien gargariser. Pauli recommande de faire dire aux malades la lettre *a* et non *r*; il est vrai qu'au début le liquide risque de descendre dans le larynx, mais au bout de très peu de temps les malades, même les enfants, arrivent à se gargariser correctement, D'après Bernatoik, il est possible de nettoyer et de laver ainsi, non seulement les amygdales, mais même la muqueuse du pharynx et de l'épiglotte, lorsqu'on fait exécuter au malade couché ou la tête renversée des mouvements de déglutition, sans avaler réellement le liquide, ce qui amène le liquide aussi bas que possible. Chez les enfants, ce procédé est un peu plus difficile. Il vaut mieux, d'après Sigmund, de n'introduire dans la bouche qu'une petite quantité de gargarisme et de la faire progresser en arrière, lentement, comme si on voulait la déglutir avec précaution, et lorsque cette petite quantité est arrivée sur l'épiglotte, immobiliser le voile du palais et rejeter au dehors, brusquement, le gargarisme. Merkel donne le conseil de laisser couler sur la langue une demi-cuillerée à café de liquide en ouvrant largement la bouche, puis de faire quelques mouvements latéraux de la tête pour porter le liquide en contact avec toutes les parties de la gorge. Merkel a montré que, par ce procédé, on arrive même à laver la face postérieure des cartilages arythénoïdes. Kramolin a remarqué lui-même que plus on se gargarise à haute voix, moins il pénètre de liquide en arrière et qu'il vaut mieux faire dire au patient *ro* ou *ra* que *r* ou *re*; le liquide pénètre ainsi plus profondément. Et en effet, dans la phonation des notes élevées, les muscles qui entourent le larynx se tendent davantage, tandis que dans la phonation des notes basses, les muscles sont relâchés, l'expiration est plus faible et l'eau qui s'écoule en arrière rencontre moins de résistance. Dans tous les cas le médecin, en prescrivant un gargarisme, doit se renseigner sur la façon dont le malade se gargarise en lui faisant faire devant lui cette petite opération. Ce n'est que chez les sujets maladroits, peu intelligents ou hystériques, ou encore chez de tout petits enfants, qu'on rencontre de réelles difficultés. Dans ces cas, on en est réduit à faire des irrigations ou des badigeonnages du pharynx ou à essayer d'injecter le liquide par les narines pour atteindre d'une façon détournée les amygdales. Mais dans la très grande majorité des cas on peut compter sur les effets du gargarisme qui sera correctement employé, surtout si le sujet se gargarise très souvent.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 octobre. — Présidence de M. Van Tieghem.

Des qualités préventives du sérum sanguin d'une génisse immunisée contre la péripneumonie contagieuse des bovidés. — MM. Arloing et Duprez.

Démonstration de la désagrégation des leucocytes et de la dissolution de leur contenu dans le plasma sanguin pendant l'hypoleucocytose. Influence de la leucolyse intravasculaire sur la coagulation du sang (1). — M. Henri Stassano. Les injections de sels solubles de mercure provoquent immédiatement dans la circulation un abais-

(1) Travail du laboratoire de Toxicologie de la Préfecture de Police et du laboratoire de Physiologie de la Sorbonne.

sement très sensible du nombre des leucocytes, abaissement d'autant plus marqué, et de durée d'autant plus longue, que la quantité injectée est plus considérable. C'est d'ailleurs la règle pour l'introduction dans le sang de n'importe quelle substance étrangère à l'économie animale, quel qu'en soit le degré de toxicité

Les savants qui ont étudié ce phénomène en ont envisagé différemment le processus intime : pour les uns, les leucocytes se désagrègent à l'arrivée dans le sang de la substance étrangère ; pour les autres, ils s'arrêtent simplement dans les vaisseaux capillaires ou émigrent dans les tissus. La première hypothèse, soutenue principalement par Loëwit et Wright, repose sans doute sur des observations assez concluantes. Au cours de mes recherches sur l'action du mercure dans l'organisme, j'ai fait à mon tour des constatations qui s'accordent avec cette manière de voir, mais qui n'en donnent pas plus la preuve décisive, irréfutable, que les observations déjà acquises à la littérature scientifique.

Pour parvenir à un meilleur résultat, j'ai posé la question comme il suit : s'il y a effectivement destruction de leucocytes pendant l'hypoleucocytose, il faut que le contenu leucocytaire passe à ce moment dans le plasma sanguin. Constater d'une façon indéniable cette présence du contenu leucocytaire par l'analyse chimique et par des réactions physiologiques appropriées, tel est le but que je me suis proposé.

Je me suis contenté d'abord de comparer, à simple vue, la marche et l'importance de la précipitation de la nucléine — élément essentiel du leucocyte — dans le plasma d'un lapin saigné en pleine hypoleucocytose mercurielle, et dans le plasma d'un lapin normal.

La comparaison, naturellement, a été faite entre volumes égaux de plasmas (20 cc.), étendus chacun de quatre volumes d'eau distillée et placés dans des éprouvettes identiques. Pour empêcher la désagrégation des leucocytes après leur sortie des vaisseaux, ce qui aurait rendu nulle la comparaison, le sang a été retiré des deux lapins après une injection intraveineuse d'extrait de sangsues ; les saignées ont été faites de suite l'une après l'autre, et les deux échantillons de sang ont été centrifugés simultanément.

Dès le début jusqu'à la fin de la réaction, le plasma du lapin en hypoleucocytose a présenté une teneur nettement supérieure en nucléine : dans ce plasma, en effet, le trouble a commencé à la quatrième ou à la cinquième goutte d'acide acétique, tandis que, dans le plasma du lapin témoin, la formation des premiers flocons de nucléine ne s'est produite qu'à la huitième ou à la neuvième goutte. Bientôt une couche blanche, ouatée, bien définie, s'est établie dans l'éprouvette du premier mélange et en a atteint presque le fond ; dans le plasma normal, au contraire, les flocons blancs de nucléine n'ont formé qu'une couche beaucoup moins épaisse, qui s'est arrêtée aux deux tiers de la hauteur du liquide.

Ne pouvant donner plus de précision à cette évaluation, faute d'un procédé de dosage de la nucléine, j'ai cherché, comme terme de comparaison, à déterminer la teneur en acide phosphorique, composant inorganique principal de la nucléine ; et pour donner plus d'exactitude aux résultats des dosages comparatifs, j'ai effectué la comparaison entre les plasmas provenant de deux saignées successives chez un même sujet.

Pour obtenir un échantillon de plasma qui se rapproche le plus de l'état normal, il faut pouvoir recueillir le sang qui doit le donner avec un nombre de leucocytes qui s'écarte le moins de la moyenne physiologique. On sait que la contention d'un animal fait baisser le nombre de ses leucocytes ; que la saignée réduit, de même, le chiffre de ces cellules en raison de l'importance de la perte de sang ; que les anesthésiques provoquent également l'hypoleucocytose ; il faut donc, pour ces trois différentes raisons : 1° opérer très rapidement, 2° se servir d'un chien de forte taille, et 3° n'avoir point recours à l'anesthésie.

La préparation du plasma de l'hypoleucocytose ne réclame qu'une précaution : il faut éviter que l'injection de sublimé, qui provoque la disparition des leucocytes, atteigne les hématies. Si ces éléments figurés du sang venaient à être attaqués, on aurait dans le plasma un excès de phosphore provenant de la lécithine des hématies détruites. On parvient à protéger les globules rouges par une injection intraveineuse d'extrait de sangsues. Cet extrait, employé habituellement pour exalter la vitalité des leucocytes, exerce la même influence sur les hématies. J'ai noté, en effet, que la solution physiologique additionnée d'acide acétique à 0,5 p. 100, dont on se sert pour détruire les globules rouges dans les numérations des leucocytes, est presque inoffensive pour les hématies, lorsque ces cellules ont été stimulées par l'extrait de sangsues.

Les précautions communes à prendre dans la préparation des deux plasmas sont : d'opérer aseptiquement et de rendre le sang incoagulable par une abondante injection intraveineuse d'extrait de sangsues (1 tête par kilogramme d'animal.

Aussitôt après avoir recueilli, par l'artère crurale, le premier échantillon de sang de 300 cc. environ, j'injecte au chien en expérience, dans la veine saphène, une solution étendue de sublimé dans de l'eau physiologique (3 milligr. par kilogramme d'animal). Cinq minutes après je fais une deuxième saignée d'un même volume. Les deux échantillons sont centrifugés sans perte de temps : au deuxième échantillon, il convient d'ajouter quelques centimètres cubes d'extrait de sangsues pour compenser ce que le premier extrait injecté a perdu d'activité anticoagulante entre les deux saignées.

Au moyen d'un siphon on retire de chacun de ces échantillons, après deux heures de centrifugation, 180 cc. de plasma très pur et très transparent. Les deux plasmas sont desséchés et calcinés pour le dosage de l'acide phosphorique.

Les chiffres trouvés sont les suivants : les 180 cc. de plasma normal (ou à peu près normal, si l'on tient compte de l'hypoleucocytose causée par la simple immobilisation de l'animal) contiennent 0 gr. 0164 d'acide phosphorique ; le volume égal du plasma de l'hypoleucocytose franche, provoquée par le mercure, en contient 0 gr. 0408 : soit environ le triple. Ce résultat confirme et précise le précédent, basé sur la simple appréciation visuelle de la teneur en nucléine. Ces deux ordres de données mettent hors de doute la désagrégation des leucocytes pendant l'hypoleucocytose.

La dissolution du contenu leucocytaire dans le plasma peut être démontrée par plusieurs réactions physiologiques ; j'étudierai ici l'une d'elles, à savoir : l'action accélératrice que l'hypoleucocytose, quelle qu'en soit la cause, exerce sur la coagulation du sang.

Dès les premières saignées que j'ai pratiquées à des animaux (chiens, lapins, cobayes) qui venaient de recevoir une injection de sublimé, j'avais remarqué une accélération de la coagulation du sang; j'étais enclin, d'abord, à attribuer cette accélération à une diminution de l'alcalinité du sang, ayant à l'esprit la modification analogue, mais de sens contraire, notée chez le chien par M. Dastre, pendant l'action anticoagulante de la peptone. Ce n'est que dans ces derniers temps que j'ai pu rattacher cette accélération à sa véritable cause en établissant : 1° qu'elle est indépendante de la composition chimique de la substance qui provoque l'hypoleucocytose ; 2° que la disparition des leucocytes déterminée par l'action du froid et par l'immobilisation accélère la coagulation tout aussi bien qu'une injection de mercure ou de peptone ; 3° que cette accélération est en rapport direct de l'intensité de l'hypoleucocytose et en raison inverse du temps qui s'écoule entre le début de l'hypoleucocytose et la saignée.

L'hypoleucocytose agit sur le sang, en en accélérant la coagulation, par la dissolution, à l'intérieur des vaisseaux, d'une masse de fibrin-ferment. Tout ce ferment, ne pouvant être retenu de suite par le foie et les autres organes d'arrêt, sort avec le flot sanguin par la blessure vasculaire et accélère ainsi la formation du caillot qui, dans le sang normal, se produit seulement après l'éclatement des leucocytes en dehors de la circulation.

Pourtant, l'accélération de la coagulation du sang peut être considérée comme la réaction physiologique de la désagrégation des leucocytes pendant l'hypoleucocytose, désagrégation et dissolution du contenu leucocytaire dont j'ai donné plus haut la démonstration expérimentale, par l'analyse chimique.

Sur la composition et la valeur alimentaire des principaux fruits. — M. Balland. Notre examen a porté sur les fruits suivants, classés d'après leurs familles botaniques :

Ampélidées, Raisins; *Aurantiacées*, Oranges; *Corylacées*, Noisettes; *Granatées*, Grenades; *Grossulariées*, Groseilles; *Juglandées*, Noix; *Morées*, Figues; *Musacées*, Bananes; *Oléinées*, Olives; *Palmiers*, Dattes; *Rosacées*, Abricots, Amandes, Cerises, Coings, Fraises, Framboises, Nèfles, Pêches, Poires, Pommes et Prunes.

Tous les fruits, à leur maturité, contiennent de 72 à 92 p. 100 d'eau; dans les fruits plus ou moins desséchés du commerce (raisins secs, pruneaux, noix, noisettes, figues, amandes), cette proportion dépasse rarement 33 p. 100; elle est souvent au-dessous de 10 p. 100 dans les amandes, les noix et les noisettes,

Dans les fruits à pulpe, la matière azotée représentant l'albumine végétale passe de 0,25 p. 100 dans la poire à 1,45 p. 100 dans la banane ; dans les fruits-graines (amandes, noix et noisettes), elle est plus élevée : 15 à 20 p. 100 à l'état sec.

Les matières grasses, avec tous les produits solubles dans l'éther (huile essentielle, matières résineuses et colorantes), sont généralement en plus faible porportion que les matières azotées ; il n'y a d'exception que pour les olives, les amandes, les noix et les noisettes, chez lesquelles l'huile domine (58 à 68 p. 100 à l'état sec).

Les cendres, dont quelques-unes renferment des traces de manganèse (figues, poires, pruneaux), sont en faible quantité, de même que la cellulose inerte : celle-ci n'est en proportion notable que dans les coings et les nèfles.

L'acidité atteint son maximum dans les framboises et les groseilles (1,25 p. 100).

Le sucre et les matières dites *extractives* (amidon, dextrines, pectines, gommes, cellulose saccharifiable, acides organiques) représentent, avec l'eau, la majeure partie des éléments contenus dans les fruits à pulpe. Le sucre, qui est entièrement assimilé, a son rôle dans l'alimentation : les fruits qui en contiennent le plus, comme les bananes, les dattes et les figues, constituent de véritables aliments hydro-carbonés. Les matières extractives agissent aussi à la façon du sucre, mais à un moindre degré, leur coefficient de digestibilité étant moins élevé.

A part de rares exceptions, les fruits sont peu nutritifs et ne peuvent être considérés comme des aliments : leurs sucs, qui flattent plus ou moins nos goûts par leur odeur, leur saveur ou leur acidité, jouent plutôt le rôle de condiments.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 octobre 1899. — Présidence de M. Panas.

La vaccination dans les pays chauds. — M. Brouardel fait un rapport sur un travail de M. Loir, de Tunis, sur l'époque à laquelle la vaccination doit se faire dans les pays chauds. On sait combien il est difficile d'envoyer dans les pays chauds du vaccin en tube qui soit encore intact au moment de son arrivée. La solution est de créer dans ces pays même des centres vaccinogènes. En Tunisie et dans tous les pays chauds, il faut, en outre, s'abstenir de vacciner entre juin et novembre; les vaccinations doivent être faites dans les mois relativement frais.

Le congrès de gynécologie d'Amsterdam. — M. Pinard lit une note sur le Congrès de gynécologie tenu à Amsterdam, au mois d'août dernier.

Les accidents de l'anesthésie. — M. Aug. Reverdin (de Genève). M. Alphonse Guérin a bien montré au congrès de chirurgie de Lyon que les dangers du chloroforme viennent d'un réflexe parti de la muqueuse pituitaire et non de son action sur la muqueuse bronchique. Bien pénétré de cette idée, M. Reverdin a fait construire un appareil qui permet de faire passer toutes les vapeurs chloroformiques par la bouche qu'il tient entr'ouverte et non par le nez.

Bégaiement guéri par la craniectomie temporaire. — M. le professeur Thomas Jonnesco (de Bucarest). Il s'agit d'un garçon de 13 ans atteint d'un bégaiement très prononcé, accompagné d'une asymétrie crânienne avec aplatissement de la moitié gauche du crâne.

L'hémicraniectomie temporaire gauche avec résection d'une partie du lambeau osseux et incision libératrice de la dure-mère ont eu pour effet la guérison du bégaiement qui se maintient depuis huit mois. Ce cas unique prouve que le bégaiement peut tenir à une compression cérébrale due à l'arrêt de développement du crâne, accentué surtout à gauche et amenant l'impossibilité de l'expansion du cerveau sous-jacent. L'opération a donc pour effet de décomprimer le cerveau et lui permettre son libre développement.

M. Castan (de Béziers) lit une note sur le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de l'huile biiodurée du professeur Panas et rapporte quatre observations.

Causes de la surdité de J.-J. Rousseau. — M. Courtade. J.-J. Rousseau, qui était myope, devint en outre sourd, ou du moins dur d'oreille, comme il le disait, à l'âge de 24 ans. M. Courtade croit qu'il s'agissait d'un épanchement labyrinthique et discute ce diagnostic.

A 4 heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 octobre 1899. — Présidence de M. Raymond.

Anévrysme de la crosse aortique. — M. Souques montre un homme de quarante-sept ans, porteur d'un anévrysme aortique faisant saillie dans la région clavi-mammaire gauche, sous forme d'une grosse voussure mate et pulsatile : le malade a présenté les troubles fonctionnels suivants : douleurs intercostales, dyspnée d'effort, quintes de toux, phénomènes de spasme œsophagien à la déglutition des aliments, et ictus syncopaux à l'occasion de déglutitions difficiles. Les deux pouls radiaux sont synchrones. Le pouls carotidien gauche n'est plus perceptible. La poche est vraisemblablement implantée sur la portion horizontale de la crosse, sur la face latérale gauche de celle-ci, ce qui est une localisation fort rare.

M. Rendu a observé un anévrysme aortique très volumineux avec phénomènes graves de compression, considérablement amélioré par de petites doses quotidiennes d'iodure longtemps prolongées. On doit, dans des cas de ce genre, insister sur la médication iodurée.

M. Le Gendre. L'intermittence spontanée des symptômes de compression au cours de l'évolution normale des anévrysmes aortiques est quelquefois une cause d'erreur dans l'appréciation des effets d'une médication. M. Le Gendre a vu une paralysie d'une corde vocale et une sténose œsophagienne par spasme, cesser transitoirement chez deux malades porteurs d'anévrysmes aortiques et en dehors de tout traitement.

M. Béclère a vu également cette intermittence des symptômes fonctionnels ; c'est que ces symptômes sont dus généralement, non à une compression directe, mais à une irritation des nerfs situés au voisinage de l'anévrysme. Dans un cas où la dyspnée continue causée par un anévrysme avait notablement rétrocédé, la radiographie permit de voir que l'anévrysme n'avait point varié de dimensions.

Inocclusion du septum ventriculaire sans rétrécissement de l'artère pulmonaire et sans cyanose. — M. Variot présente un cas de cette malformation congénitale, décrite dès 1879 par Henri Roger. Le diagnostic en est possible sur le vivant comme l'a montré Roger, grâce à l'existence d'un souffle systolique très fort et râpeux, ayant son maximum au tiers supérieur de la région précordiale, non propagé dans les vaisseaux du cou, et accompagné d'un frémissement cataire. Dans le cas présenté par M. Variot, le diagnostic clinique avait pu être porté. Cette affection doit être absolument séparée du type ordinaire de l'inocclusion ventriculaire, lequel s'accompagne de rétrécissement pulmonaire.

M. Duflocq rapporte un cas du même genre, observé chez une fillette de quatorze ans, qui n'offre aucun symptôme fonctionnel d'affection cardiaque, qui ne présente non plus aucun signe de retentissement à distance sur les autres organes. On trouve chez elle le souffle décrit par Roger, une voussure précordiale à gauche du sternum, un thrill localisé à la quatrième côte, à 2 cent. du sternum. Il y a, de plus, une hypertrophie considérable du ventricule gauche sans dilatation du cœur droit.

L'absence de tout signe de dystrophie chez cette enfant, et surtout l'absence de tout symptôme fonctionnel est intéressante à noter en raison du volume du cœur et de l'intensité des signes physiques.

M. Merklen. Les enfants ayant la maladie de Roger sont bien souvent issus de tuberculeux ou de syphilitiques ; c'est peut-être pour cela qu'ils meurent jeunes, bien que leur malformation cardiaque ne s'accompagne pendant longtemps d'aucun trouble fonctionnel ; ils meurent souvent de tuberculose et non pas du fait de leur cardiopathie.

Embolie paradoxale. — M. Merklen. On a décrit en Allemagne le passage de caillots de l'oreillette droite à l'oreillette gauche par un trou de Botal non oblitéré. On arrive à s'expliquer ainsi certaines embolies de la grande circulation dont, autrement, on ne comprendrait pas l'origine. J'ai récemment constaté un fait de cette nature, à une autopsie de cardiaque mort avec des embolies multiples.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(XIIIe CONGRÈS DE CHIRURGIE, 1899).

Séance du 16 octobre 1899.

Hystérectomie abdominale totale — M. Ricard, rapporteur, envisage l'hystérectomie abdominale totale successivement dans les fibromes et dans le cancer. Pour les fibromes il aboutit aux conclusions suivantes :

« Quand un fibrome utérin sera justiciable d'une intervention chirurgicale, l'intervention aura pour but l'extirpation du fibrome. Si la femme est déjà avancée dans la période génitale, s'il y a plusieurs fibromes, si leur masse est petite, si le diagnostic est nettement posé, si le vagin est large, la vulve dilatable, l'utérus abaissable, on aura recours à la voie vaginale. Si la femme est jeune, le fibrome unique et de moyen volume, il est indiqué d'en tenter l'extirpation par une énucléation transutérine, pratiquée de préférence par la voie abdominale. Si le fibrome est volumineux, s'il est multiple, s'il s'accompagne de lésions annexielles, si la femme est âgée — et dans l'immense majorité des cas, on trouve l'une ou l'autre de ces conditions, — il faudra sacrifier l'utérus. L'hystérectomie sera alors abdominale. La méthode subtotale est la plus simple la plus rapide et la plus bénigne. C'est la méthode de choix. »

Pour le cancer, les conclusions de M. Ricard sont les suivantes :

« L'hystérectomie abdominale totale pour cancer est l'opération de choix pour les cas simples, observés tout à fait au début ; elle permet une extirpation large et l'ablation des ganglions pelviens. Sa mortalité tend à s'abaisser de plus en plus et nul doute que cette progression ne continue dans l'avenir. Sa mortalité est à peu près égale actuellement à celle de la vagino-hystérectomie et ses résul-

tats éloignés paraissent dès maintenant meilleurs; ils l'amélioreront encore certainement pour les cas simples. Pour les cas moyens, la laparo-hystérectomie se substitue à la vagino-hystérectomie ; elle recule les limites de l'opérabilité dans les cas où celle-ci ne permettrait pas l'intervention. Dans les cas graves très étendus, le chirurgien doit savoir s'arrêter, les récidives paraissent rapides et si l'opération nécessite de gros dégâts, l'hystérectomie doit céder la place au traitement palliatif. L'hystérectomie vaginale ne peut être envisagée désormais que comme opération palliative ; elle supprime l'utérus et laisse, de parti pris, les ganglions. Elle a pour elle sa facilité opératoire, lorsque la lésion est tout à fait limitée au col. Cette facilité d'exécution lui conserve des défenseurs. En réalité l'existence possible d'une adénopathie pelvienne lui enlève toute raison d'être, et si j'étais obligé de formuler une indication qui lui soit propre, je n'en vois aucune, si ce n'est le désir du chirurgien de ne pas recourir à la voie haute, contre aquelle il a une prévention que les faits ne justifient pas. »

M. le Pr Terrier. — Voici les résultats que j'ai obtenus avec l'hystérectomie abdominale pour fibromes : En 1896 j'ai fait 14 opérations et obtenu 14 succès, par conséquent 0 0/0 de mortalité. En 1897, sur 45 opérations j'ai obtenu une mortalité de 22 0/0. En 1898, j'ai pratiqué 75 hystérectomies et je n'ai eu que 10 insuccès, à savoir une mortalité de 13,33 0/0. Enfin en 1899, sur 59 interventions, la mortalité s'est trouvée de 8.47 0/0.

On constate par cette statistique que, à part la première série de 14 interventions, la léthalité a suivi une progression décroissante de 22 0/0 jusqu'à 8,47 0/0.

J'ai pu constater aussi, par ma statistique, que l'hystérectomie totale était plus grave que la partielle. Ainsi sur les 104 interventions que j'ai pratiquées depuis 1896, l'hystérectomie totale m'a donné une mortalité de 22,85 0/0, tandis que cette dernière atteignait seulement 8,08 0/0 dans la subtotale. Je tiens à ajouter cependant que les cas dans lesquels j'ai fait la totale étaient toujours plus graves.

Si maintenant j'envisage les fibromes que j'ai opérés, dans leurs rapports avec les complications coexistantes, je trouve que : ayant opéré 77 cas de fibromes sans complications et ayant pratiqué 12 fois la partielle et 65 fois la totale, j'ai obtenu 70 guérisons et 7 morts, ces dernières d'accidents pulmonaires, d'hémorragie post-opératoire, de perforation spontanée de l'S iliaque et de septicémie. Dans ce dernier cas le fibrome était suppuré et il me paraît intéressant de faire remarquer que dans les cas semblables il s'agit presque toujours de microbes anaérobies, 11 fibromes étaient compliqués, la plupart de lésions annexielles. Je n'ai eu qu'une seule mort. J'attire l'attention sur une complication exceptionnelle, et dont je n'ai que 2 observations, c'est l'épithélioma concomitant du col.

L'hystérectomie abdominale pour épithélioma doit-elle toujours être totale ? Sur 15 opérations de ce genre j'ai à enregistrer 3 morts d'hémorragie post-opératoire, de broncho-pneumonie et de péritonite purulente. Que le vagin soit ou non pris, la différence n'est pas très grande étant donnée la facilité avec laquelle on résèque plusieurs centimètres de sa paroi. Quoi qu'il en soit, cette opération est grave et surtout les résultats éloignés en sont déplorables.

Sur 11 cas opérés 2 malades sont morts après récidive, 2 présentent actuellement une récidive, chez 2 autres on constate des indurations suspectes. Les 3 derniers n'ont point donné signe de vie.

Dans les hystérectomies abdominales pour salpingites suppurées graves j'ai obtenu, sur 17 interventions, dont 16 supra-vaginales et 1 totale, 3 insuccès, donc une mortalité de 17,64 0/0.

L'hystérectomie abdominale peut enfin être utilisée dans d'autres circonstances : ainsi je l'ai pratiquée dans une grossesse extra-utérine, dans une hématocèle, dans 2 cas de rétroversion, dans la métrite parenchymateuse, 4 fois pour kyste ovarique, et dans 3 cas de métrorragies.

Cette statistique personnelle me permet d'affirmer que l'hystérectomie abdominale l'emportera fatalement sur la voie vaginale. J'ai apporté à mon opération quelques modifications sur les points suivants : 1° L'hémostase doit être très rapidement faite avec des pinces hémostatiques, qui sont un peu plus grandes pour les pédicules ; 2° la suture péritonéale est très utile, et lorsqu'on ne peut pas la faire, il faut drainer.

M. Quénu. Dans les fibromes, comme dans les salpingites, je pratique l'hystérectomie abdominale, qui est plus facile et présente plus de sécurité que la voie basse. Je suis, pour mon opération, la technique du prof. Terrier et je considère la supravaginale, la subtotale, comme l'opération de choix. Les temps opératoires sont donc ceux du prof. Terrier et je considère la réfection du plancher pelvien comme extrêmement utile. A côté de l'hystérectomie substotate, j'ai fait la totale dans laquelle je procède exactement de la même façon, mais avec pénétration dans le vagin. Enfin je pratique ce que j'appelle l'hystérectomie atypique dans les cas qui échappent à tout plan opératoire fait d'avance. Les résultats que j'ai obtenus sont les suivants.

Depuis le 17 janvier 1896, j'ai fait 114 opérations, dont 38 par la voie vaginale sans insuccès, et 76 par la voie abdominale dont 2 morts, de complications septiques; dans tous les cas, la tumeur avait un poids qui variait de 2 à 5 kilogrammes. J'ai pratiqué l'hystérectomie abdominale pour salpingites compliquées de métrite invétérée, dans 5 de ces cas j'ai fait la subtotale. Dans les suppurations pelviennes très étendues, je draine la cavité péritonéale; sur 24 abdominales pratiquées dans ces circonstances je n'ai eu que 1 mort, d'obstruction intestinale, le vingtième jour après l'opération.

Comme d'autre part, sur 76 abdominales tant totales que subtotales j'ai eu 2 morts, il se trouve que, sur 100 opérations j'ai à enregistrer 3 décès, soit une mortalité de 3 p. 100.

M. Bouilly. Dans les fibromes, j'emploie toujours la supra-vaginale, pour les raisons qu'a exposées, dans son rapport, M. Ricard. Cette opération peut rencontrer quelques difficultés, comme l'enclavement du fibrome, son développement dans le cul-de-sac postérieur. Je suis la technique du prof. Terrier, mais j'insiste sur deux points : 1° sur la nécessité de la péritonisation ; 2° sur l'utilité du drainage dans certains cas, par exemple lorsque les manœuvres auront été trop prolongées. Sur 17 cas de gros fibromes, pour lesquels j'ai pratiqué l'hystérectomie partielle, j'ai 2 morts, de septicémie.

M. Richelot. Dans l'hystérectomie pour cancer, je déclare que je reste partisan de la voie basse, jusqu'au jour où les progrès de la chirurgie nous auront rendu la voie abdominale plus facile. En effet l'hystérectomie vaginale est béni-

gné, puisque je n'ai que 6 morts sur 95 cas ; elle est efficace, puisque j'ai des survies de 7, 8 et même 12 ans et 12 ans 1/2. L'hystérectomie abdominale est quatre à cinq fois plus grave que la vaginale et elle n'arrive guère à des résultats meilleurs au point de vue de la recherche des ganglions, puisque l'évidement du bassin n'est guère possible. En somme, ce qu'il faut avant tout, c'est opérer avant l'envahissement des ganglions, le prévenir, et alors la voie vaginale est véritablement excellente. Mais dans tous les cas d'utérus cancéreux mobile, et facilement abaissable, la voie abdominale peut être employée.

M. Jules Bœckel (de Strasbourg). Je fais d'une façon exclusive, dans les fibromes, l'hystérectomie abdominale totale, sauf pour les petites tumeurs que j'enlève par la voie basse. Je fais l'hémostase avec des pinces ; enfin je ne ferme point la cavité péritonéale ; l'opération est rendue ainsi plus courte et le drainage ne peut être qu'utile. Sur 50 totales pour fibromes, j'ai 44 guérisons et 6 morts, soit une mortalité de 15 p. 100. Conclusions : 1° L'hystérectomie est le seul traitement rationnel des fibromes et il doit se faire dans la plupart des cas pour éviter la suppuration du fibrome, sa gangrène ; 2° pour les petits fibromes, je pratique la vaginale ; pour les grands, je fais l'hystérectomie abdominale totale ; 3° pas de suture du péritoine, drainage.

M. Gross (de Nancy). J'emploie indifféremment pour les fibromes les procédés d'hystérectomie abdominale de Terrier, de Doyen, de Segond. Je fais l'hémostase avec des pinces et je mets généralement un drain. Sur 48 interventions pour fibromes j'ai eu 3 décès. Sur 12 fibromes avec complications, j'ai également 3 morts à enregistrer. Sur 11 fibromes intraligamenteux j'ai eu, sur 8 cas sans complications, 4 décès, et dans les 3 autres cas, qui étaient compliqués, 3 morts. Donc l'hystérectomie abdominale totale est bénigne et sa gravité apparaît avec les complications. J'ai pratiqué 4 hystérectomies abdominales pour sarcome, avec 1 décès. Enfin sur 8 interventions pour cancer, j'ai 2 récidives, 1 survie de 10 mois et les 2 autres malades ont été perdus de vue.

M. Jacobs (de Bruxelles). J'emploie indifféremment pour l'ablation des fibromes l'hystérectomie totale ou partielle, et les résultats sont sensiblement les mêmes ; ce qu'il importe surtout de prendre en considération, quel que soit le procédé que l'on emploie, c'est la réparation des dégâts que nous produisons dans le bassin, c'est l'autoplastie pelvienne. J'ai fait de 80 à 100 abdominales pour fibrome, sans insuccès. Quant aux suppurations pelviennes, j'ai fait près de 800 hystérectomies abdominales et près de 100 vaginales, sans insuccès appréciables. Pour le cancer, l'opération par voie vaginale n'est qu'un palliatif ; par la voie abdominale, il est possible de faire une opération plus complète ; mais si l'on n'est pas décidé à aller jusqu'au bout, mieux vaut ne faire qu'une vaginale.

M. Routier a fait en tout 179 hystérectomies abdominales totales et 395 hystérectomies vaginales totales et dans les deux cas il a eu une mortalité de 11 p. 100.

Tumeurs des os. — MM. Maurice Polosson et Léon Bérard de Lyon, rapporteurs. — Une classification rationnelle des tumeurs des os, basée sur l'étiologie et la pathogénie, ne saurait être tentée actuellement, les données fournies par le microscope, les cultures ou les inoculations étant encore fort peu précises. La base de classification la plus solide est encore l'histologie, et c'est en partant de la loi de Wirchow, corrigée par Bard : *Omnis cellula e cellula ejusdem naturæ*, que l'on arrivera au groupement le plus rationnel. Il faut donc admettre avec M. Bard que les tumeurs primitives du squelette proviennent toujours et proviennent seulement des cellules constitutives des tissus osseux nouveaux ; la tumeur sera maligne ou bénigne, suivant que la multiplication des cellules filles sera plus ou moins hâtive, suivant que ces cellules filles resteront à l'état embryonnaire ou se rapprocheront de l'état adulte. Les productions myéloïdes (tumeurs à myéloplaxes) se rapprocheraient plutôt des inflammations chroniques que des tumeurs.

L'anatomie pathologique n'est pas faite pour toutes les tumeurs des os.

Les fibromes, nés des cellules conjonctives adultes, sont presque tous périodiques, quelques-uns intra-osseux ; ils sont tous constitués par des cellules conjonctives, fusiformes ou polygonales, disposées en traînées que séparent des faisceaux de tissu conjonctif.

Les sarcomes fuso-cellulaires, produits par des cellules conjonctives plus jeunes, sont plus fréquents, tantôt au centre des os (mâchoires), plus souvent à la périphérie. On trouve dans ces tumeurs toutes les variétés de cellules, depuis les cellules très jeunes jusqu'à celles voisines de l'état adulte.

Les tumeurs des cellules adipeuses (lipomes) sont presque toujours périostiques et implantées au voisinage des cartilages épiphysaires ; on est tenté pour elles, comme pour les tumeurs analogues du crâne et de la colonne vertébrale, de les considérer comme d'origine dystrophique, congénitale ou inflammatoire ; le peu d'unité dans la structure histologique vient à l'appui de cette hypothèse. Aux lipomes se rattachent les myxomes osseux, que l'on a considérés comme dérivant plutôt des cellules adipeuses multipliées à l'état jeune.

Les ostéomes, séparés des tumeurs osseuses d'origine inflammatoire, traumatique ou autre, naissent bien à l'état de tumeur, c'est-à-dire qu'ils se développent par multiplication directe des ostéoblastes, sans passer par le stade cartilagineux ou fibreux.

La question des ostéosarcomes est beaucoup moins discutée. Mais, schématisant les classifications de nos auteurs, il faut n'admettre que deux classes de sarcomes osseux, les sarcomes de l'ossification médullaire et les sarcomes de l'ossification périostique, les ostéomes malins médullaires et les ostéomes malins périostiques. Dans chaque classe on trouvera différentes variétés, suivant que la cellule qui la caractérise se multiplie à un stade plus avancé. En général, les sarcomes centraux sont formés d'éléments plus jeunes et par conséquent de nature plus maligne. Ces tumeurs sont quelquefois envahies par des vaisseaux sanguins d'un développement tel que l'on croit avoir affaire à un véritable anévrisme ; d'ailleurs, de nombreux auteurs expliquent ainsi les prétendus anévrismes des os. Enfin viennent les chondromes, nés des cellules cartilagineuses du cartilage de conjugaison le plus souvent et qui peuvent, comme les autres tumeurs, être bénins ou malins, suivant l'âge de la cellule néoplasique. Les tumeurs épithéliales sont toujours dues à la prolifération des cellules épithéliales du revêtement muqueux, incluses dans l'os avec des germes dentaires et restées elles-mêmes inutilisées (Malassez).

La symptomatologie de ces tumeurs est partout bien décrite. C'est la douleur. plus intense dans les sarcomes profonds, la tumeur, l'hyperthermie locale, la crépitation parcheminée, la circulation collatérale sous-cutanée, l'absence de réaction articulaire. Un nouveau moyen de diagnostic, assez précis lorsqu'il s'agit des membres, nous est fourni par les rayons X. Ils nous permettront de découvrir les points suivants : 1° L'affection siège-t-elle dans l'os ou à son voisinage? 2° S'agit-il d'une tumeur ? Il est difficile, et souvent impossible de déterminer la nature histologique de la tumeur. 3° La tumeur est-elle circonscrite ou diffuse ? 4° Distinction des tumeurs à myéloplaxes d'avec les autres néoplasmes ; point très important, puisque cette dernière forme seule autorise des opérations partielles.

Le traitement consiste dans l'ablation de la tumeur lorsqu'elle est bénigne ; la résection et l'amputation dans la continuité pour les tumeurs à myéloplaxes ; l'amputation à distance pour les tumeurs malignes des os. Malheureusement, dans ce dernier cas, quelque précoce que soit l'intervention, les avantages de l'opération sont très faibles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 octobre 1899. — Présidence de M. S. Pozzi.

Traitement des kystes hydatiques du foie par la suture sans drainage. — M. Jonnesco (de Bucharest). Je peux rapporter quatre nouveaux cas de guérison de kystes hydatiques par l'excision de la membrane germinatrice et la suture à deux étages sans drainage.

Néphropexie par le procédé « en hamac ». — M. Bazy. Je fais une incision de l'angle costo-musculaire qui mène sur le rein que l'on voit dans sa loge. Je passe à travers le rein trois fils dont les points d'entrée et de sortie sont à 2 centimètres 1/2. Je fais alors passer ces chefs dans le 11e espace intercostal et je les noue de façon à fixer le rein en ce point. A ce moment je m'occupe de la capsule adipeuse de façon à la transformer en hamac. Pour cela je la soulève en la surjettant et en l'accumulant au niveau de l'extrémité inférieure du rein.

De la chirurgie gastrique. — M. Tuffier fait un rapport sur un fait de Demoulin, intitulé : Observation de tumeur du pylore, rétrécissement du pylore. Gastro-entérostomie. Disparition spontanée de la tumeur. Guérison.

M. Paulier présente une malade atteinte de **méningo-encéphalocèle de l'orbite droit.**

Traitement du décollement de la rétine par la ponction de la sclérotique. — Présentation du malade par M. Galezowski.

Abcès pulmonaire. Pneumotomie. Guérison. — Présentation du malade par M. Canu.

SOCIÉTÉ DE MEDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 25 octobre 1899.

La peste et le sérum antipesteux. — Hier soir avait lieu, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, la séance de rentrée de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, une séance tout à fait solennelle à laquelle assistaient plus de quinze cents personnes, car l'amphithéâtre était insuffisant pour les contenir. Le sexe féminin était d'ailleurs copieusement et élégamment représenté et c'était une sensation tout à fait inconnue de notre temps que de s'asseoir sur les bancs poussiéreux de cet amphithéâtre au milieu de camarades de ce genre dont le costume et le cerveau étaient peu habitués à un pareil milieu.

Cette affluence inusitée tenait à ce fait que la séance devait être entièrement remplie par une conférence du Dr Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, sur la mission qu'il vient de remplir au milieu des pestiférés de Porto. La question est tout à fait d'actualité; M. Calmette l'a traitée avec beaucoup de sobriété et de clarté; l'auditoire l'a remercié par des applaudissements très répétés et très nourris, saluant ainsi, en même temps que le conférencier très agréable, le médecin courageux, le savant remarquable, qui, tout jeune encore, a déjà apporté tant de gloire à son pays.

Nous donnons ici le résumé de cette conférence.

Lorsqu'en 1894 Yersin partit pour Hong-Kong étudier la peste, nul ne pensait que, cinq ans plus tard, la peste menacerait l'Europe elle-même, mais depuis cinq ans, la peste n'a pas cessé d'avancer, lentement et sûrement, vers l'Ouest ; elle est d'abord allée dans les Indes, puis sur les rives du golfe Persique, en Egypte, et enfin elle est actuellement en Portugal. Elle a même traversé l'Atlantique pour aller aborder dans l'Amérique du Sud.

Cette maladie, qu'on étudiait à peine à l'école, doit être considérée aujourd'hui comme une des plus terribles dont nous ayons à nous occuper. Elle n'est plus aussi grave que l'était la peste de Marseille en 1720; les conditions ont changé; nous connaissons aujourd'hui les microbes de la peste, ce qui nous permet de vacciner contre elle et de guérir cette maladie.

Yersin, en 1894, commença à rechercher les microbes dans les bubons. Ces glandes, qui apparaissaient dès le commencement de la maladie, devaient receler le microbe infecteur et en effet ce microbe est très abondant dans le bubon dès le début. Yersin le rencontra aussi dans le sang des malades, ce qui indiquait alors une infection plus prononcée et des cas très graves. Ce microbe est très facile à reconnaître ; il se colore très facilement, surtout par ses deux extrémités ; il est d'autre part très facile à cultiver et se reproduit abondamment sur la gélose. Yersin constata que lorsqu'on inocule à un animal sensible à la peste une très petite quantité de bouillon de culture, l'animal succombe rapidement avec des lésions tout à fait comparables à celles de la peste. Ces faits démontrent que le microbe découvert par Yersin, et en même temps par Kitasato, un médecin japonais qui faisait également des recherches à Hong-Kong à la même époque, est bien le microbe de la peste.

La peste frappe avec une intensité toute particulière les rongeurs. Toutes les fois qu'une épidémie de peste va paraître, elle est précédée d'une épizootie très meurtrière, sur les rats, les souris, les bœufs, les porcs. Yersin s'était rendu compte de l'importance de ce fait. La peste est très contagieuse de rat à rat, ces animaux s'infectent en mangeant de leurs semblables. De plus les rats qui ont la peste sont couverts de puces qui abandonnent ces animaux lors-

qu'ils sont sur le point de mourir, et vont sur d'autres rats ou bien sur l'homme. Ces puces, comme l'a démontré le Dr Simon, un autre médecin du corps de santé des colonies, contiennent un grand nombre de bacilles de la peste.

Il existe une forme de peste très différente de la peste bubonique ordinaire et qui se manifeste surtout par de la broncho-pneumonie. Il n'y a pas de ganglions apparents tuméfiés et elle ressemble absolument à la broncho-pneumonie ordinaire dont elle ne diffère que par la présence du bacille. Lorsqu'on innocule aux animaux une petite quantité des crachats de ces malades, ils meurent de la peste à coup sûr.

Voilà donc trois modes de contagion, par l'ingestion de substances infectées, par les puces et enfin par les crachats.

Comment la peste peut elle se propager à grande distance? Le Dr Salimbeni et moi, nous avons fait une enquête qui n'a pas donné tous les résultats que nous en espérions. Les premiers cas de peste à Oporto remontent au 5 juin et le diagnostic bactériologique n'a été fait que le 9 juillet. C'est au mois d'août seulement que l'existence de la peste à Porto a été officiellement déclarée. Un seul navire pouvait être suspecté, le *City of Cork* qui faisait le service entre Porto et Londres et qui avait transporté à Porto en transit des marchandises venant de localités infectées; mais il est impossible de rattacher les premiers cas de peste au déchargement de ces marchandises suspectes. Il est probable que la peste a été importée plutôt par des rats débarqués en même temps que des marchandises sur les quais de Porto.

Les quartiers de cette ville dans lesquels la peste s'est d'abord déclarée, sont à rues très populeuses, sales, tortueuses, sans égouts. On peut s'étonner que la peste ne fasse pas plus de victimes dans un pareil milieu.

Les malades qui acceptaient, en petit nombre, d'entrer à l'hôpital, n'y arrivaient que le cinquième ou sixième jour de la maladie. Ces malades souffraient beaucoup de leurs bubons, soit à la palpation, soit au moindre mouvement; leur langue était sèche et rouge sur les bords; les malades étaient tout à fait terrorisés. Il y avait en même temps de l'œdème pulmonaire, le cœur avait des mouvements désordonnés, le pouls était dicrote, il y avait un soufffe d'endocardite; on constatait des ganglions mésentériques et sous-péritonéaux très développés. Sur la peau, au niveau des bubons, il y avait fréquemment des phlyctènes remplies de bacilles pesteux. Quelquefois les malades avaient des *charbons*, des sortes d'anthrax disséminés sur la surface du corps, à centre noir, douloureux comme les bubons.

Dans la forme broncho-pneumonique, la maladie commençait par un frisson, puis la température s'élevait à 40 ou 41°; la respiration était génée, il y avait des râles crépitants fins, des crachats analogues à ceux de la pneumonie et l'examen bactériologique permettait seul de faire le diagnostic.

Les médecins portugais n'ignoraient pas la découverte du sérum antipesteux par Yersin, mais on en était au début des études de la sérothérapie de la peste et il est certain que le sérum au début était médiocre; des publications allemandes avaient dit que le sérum n'avaient pas d'utilité réelle dans le traitement de la peste, aussi la mission française s'est heurtée d'abord à un septicisme très apparent. Certains que notre sérum était de beaucoup supérieur à celui qui existait auparavant, nous avons d'abord cherché à convaincre les médecins par des expériences sur les animaux. Une commission fut nommée par le ministre de l'Intérieur du Portugal et commença à fonctionner aussitôt. Un vingtième de centimètres cubes de sérum suffisait à immuniser une souris; de même pour les singes qui, avec deux centimètres cubes de sérum, pouvaient recevoir ensuite impunément une dose de peste mille fois mortelle.

Chez les malades, l'injection du sérum antipesteux provoquait rapidement la disparition du bacille pesteux du sang. La température qui était de 40° à 41°, tombait alors à 38, pour remonter ensuite après quelque temps. Les malades auxquels on injectait constamment du sérum avaient une température constante, en plateau. Dans cette maladie infectieuse, il faut donc maintenir le malade en état d'imprégnation par le sérum, tout le temps que dure la maladie. En effet le sérum produit une phagocytose du microbe de la peste. Ce sont surtout les leucocytes polynucléaires qui englobent et digèrent le microbe. Certains de ces leucocytes sont tellement farcis de microbes qu'ils en éclatent. Chez les malades qui ne sont pas soumis à l'action du sérum, les microbes existent au contraire en dehors des leucocytes; mais pour que cette phagocytose puisse être efficace, il faut donner constamment du sérum à petites doses aux malades.

Devant ces faits, le scepticisme des médecins portugais tomba complètement et ils laissèrent les médecins français libres de diriger le traitement des malades à l'hôpital. Avant le sérum il y avait une mortalité globale de 43 p. 100; depuis cette mortalité est tombée à 14 p. 100, et parmi les malades qui ont succombé, 5 sont entrés à l'hôpital moins de vingt-quatre heure avant la mort, un autre avait en même temps une méningite tuberculeuse; une femme avait une infection puerpérale, une autre avait une péritonite pesteuse avec ulcération de l'intestin.

Le traitement par le sérum ne présente d'ailleurs aucune difficulté d'application. Il est nécessaire d'intervenir aussitôt que possible, le sérum antipesteux d'autre part est tout à fait inoffensif, comme tous les autres sérums d'ailleurs.

Le sérum ne doit pas seulement servir à guérir la peste confirmée. Son action préventive est encore plus nette que son action curative, mais l'immunité produite par l'injection du sérum ne dure guère plus de vingt jours.

La peste n'est pas supprimée à Porto à l'heure actuelle, c'est qu'à Porto on n'a connu les cas de peste que très tardivement, alors que la maladie était déjà disséminée dans toute la ville. La mission a conseillé le transport obligatoire des malades atteints de la peste dans l'hôpital aménagé à cet effet, la vaccination obligatoire, la désinfection des objets contaminés et des maisons habitées par les malades, la destruction méthodique des rats et des souris et l'incinération de leurs cadavres.

L'exemple de ce qui se passe à Porto, où les mesures efficaces ont été prises trop tardivement, nous montre que nous devons surveiller nos frontières, surtout nos frontières maritimes. Il faut faire la guerre aux rongeurs, installer partout des services de désinfection, installer aussi des laboratoires pour qu'on puisse être immédiatement prévenu de la présence de la peste, puis se rappeller que si la peste nous arrive quand même, nous avons, dans le sérum antipesteux, un moyen inoffensif et sûr d'en conjurer les effets.

VARIÉTÉS

Lettre d'un médecin de campagne

Mon cher rédacteur,

Je reçois la circulaire suivante qui intéresse certainement tout le corps médical, ce sera pour nous tous une excellente affaire ; désormais plus de clients qui paient ou pas ; nous serons débarrassés des rapports d'intérêt parfois difficiles avec la clientèle, n'ayant plus affaire qu'à une puissante Compagnie (du moins je l'espère) et l'âge d'or va renaître pour le corps médical.

Voici la circulaire en question :

Compagnie d'Assurances mutuelles.

La Fraternelle (?) Médicale et pharmaceutique.

11 et 13, rue Drouot, Paris.

Assurances contre les dépenses de médecins et de pharmaciens

« Monsieur,

« Organisant notre service médical et pharmaceutique, nous invitons Messieurs les médecins et pharmaciens qui désireraient devenir médecins et pharmaciens de la Compagnie à correspondre avec notre directeur pour lui envoyer leurs offres.

Pour les médecins : nous demandons qu'ils fixent à quel *quantum à forfait* par an et par assuré, malade ou non, ils donneraient *tous leurs soins*. Nous avons, par exemple, 2 ou 3.000 assurés dans un canton, que ces assurés aient ou non besoin du médecin, à quel PRIX RÉDUIT accepteraient-ils d'être notre médecin pour nos assurés. Fixer ce prix par unité (assuré),

Pour les pharmaciens... etc. etc. ».

Je réponds aussitôt aussitôt au directeur la lettre suivante :

A Monsieur le directeur de la *Fraternelle* (?) Médicale et pharmaceutique.

Monsieur le directeur,

Je suis tout disposé, en faveur de l'œuvre que vous entreprenez et de son but éminemment philantropique (?) et humanitaire (?), à vous offrir mon concours le plus absolu. Seulement, pour établir les prix LES PLUS RÉDUITS auxquels je pourrais vous donner ma coopération, je vous serais obligé de me fournir quelques données nécessaires pour établir mon tarif.

A QUELS PRIX RÉDUITS la *Fraternelle* (?) médicale consentirait-elle à prendre à sa charge les frais suivants qui m'incombent ???

1° Loyer de maison. Impôts. Patentes. Prestations. Assurances contre l'incendie, la foudre et la grêle (sans réserves).

2° Achat, entretien (maréchal compris) et nourriture des chevaux nécessaires pour les courses médicales.

3° Achat et entretien des voitures et harnais.

4° Gages, nourriture, entretien et assurance des domestiques.

5° Frais de nourriture (thé et café compris), de vêtements, de blanchissage, d'éclairage et de chauffage pour moi, ma femme, mes enfants et mes hôtes.

6° Dépenses pour l'éducation des enfants. Assurances pour l'établissement des garçons et pour la dot des filles.

7° Assurance contre les accidents soit en faveur de moi-même, soit vis-à-vis des tiers.

8° Assurance sur la vie pour moi et ma femme au dernier vivant, reversible sur la tête des enfants, avec retraite à 65 ans.

9° Frais de bureau et de correspondance. Abonnement aux revues et journaux politiques et scientifiques, cotisations aux associations médicales et aux sociétés savantes. Achat et entretien de livres médicaux et autres.

10° Soins pour moi-même et ma famille : médicaments ou appareils, saisons aux eaux ou à la mer, fourniture générale de tous les produits, médicaments ou droguerie nécessaires à l'exercice de ma profession.

11° Frais d'achat et entretien des instruments et appareils médicaux ou chirurgicaux.

12° Frais d'enterrement : faire-parts, achat de concession et monument funèbre compris.

14° Frais divers, argent de poche, aumônes, cercle, tabac, etc. etc. Et en général toutes dépenses incombant à un médecin père de famille.

Dès que je serai en possession de ces renseignements, *et en me basant sur eux*, j'aurai l'honneur de vous faire parvenir le tarif *le plus réduit possible* auquel je consentirai, dans la mesure de mes forces et de mes capacités, à soigner tous vos assurés.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments distingués.

La Mothe Saint-Héray, 13 octobre 1899.

Dr P. GOOD.

1er P. S. La Compagnie comprend-elle dans les mots *tous les soins* les actes suivants : Embaumement des assurés ? Accouchements ? Extraction des dents ? Administration des clystères ?

2e P. S. Le médecin serait-il responsable de la vie des assurés.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Paris 2-9 août 1900

(*Suite*) (1).

CLASSE II. — SCIENCES MÉDICALES.

A. — Section de Pathologie générale et Pathologie expérimentale. — Présidents d'honneur : MM. Chauveau et Potain ; Président : M. Bouchard ; Vice-Présidents : MM. Chantemesse et Lancereaux ; Secrétaires : MM. Charrin, avenue de l'Opéra, 11, et Roger, rue Perrault, 4, Paris.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées. — A. De l'état de l'organisme et de ses modifications dans leurs rapports avec l'infection et l'immunité naturelle ou acquise.

1° Des modifications des humeurs dans les maladies infectieuses.

a. Application des sérums sanguins à la thérapeutique.

b. La propriété agglutinative et ses rapports avec les autres propriétés acquises par les humeurs.

2° Des sources de l'immunité dans l'organisme normal.

3° Des origines de la leucocytose.

4° Des organes destructeurs des microbes et des toxines.

5° Action des toxines sur le système nerveux.

---

(1) V. *France Médicale*, n° 39, p. 622.

6° Répercussions trophiques d'origine nerveuse dans les infections.

7° Pathogénie de la contracture tétanique.

B. De la fièvre.

C. Hérédité et innéité.

1° Anomalies de développement et conditions des prédispositions morbides.

2° Influence des maladies de la mère sur la nutrition, l'activité fonctionnelle et les lésions de l'enfant.

D. Les diabètes.

La nutrition chez les diabétiques.

E. Alimentation extra-buccale.

F. Emploi des rayons de Roentgen en séméiologie médicale.

G. Les auto-intoxications.

B. — **Section de Bactériologie et Parasitologie.** — Président : M. Duclaux; Vice-Présidents : MM. Arloing (Lyon) et Laveran; Secrétaire : M. Blanchard, boulevard Saint-Germain, 226, Paris.

RAPPORTS. — 1° Tuberculose. — Rapporteur : Behring (Berlin).

2° Immunité. — Rapporteur : Buchner (Munich) et Metchnikoff (Paris).

3° Toxines et antitoxines. — Rapporteurs : Roux (Paris) et Ehrlich (Berlin).

4° Paludisme. — Rapporteurs : Laveran (Paris), Grassi (Rome), Danilevsky (Kharkov).

5° Parasites du cancer. — Rapporteur : Borrel (Paris).

C. — **Section d'Anatomie pathologique.** — Président : M. Cornil; Vice-Présidents : Coyne (Bordeaux) et J. Renaut (Lyon); Secrétaire : Letulle, rue de Magdebourg, 7, Paris.

RAPPORTS. — 1° Histogenèse des épithéliomas. — Rapporteurs : Hlava (Prague), Fabre-Domergue (Paris) et Podwissotsky (Kiew).

2° Rôle des cellules fixes dans l'inflammation. — Rapporteurs : Baumgarten (Tübingen, René Marie (Paris), Nikiforof (Moscou).

3° Réparation expérimentale des tissus. — Rapporteurs : Ziegler (Fribourg-en-Brisgau) et Carnot (Paris).

4° Rôle de la névralgie dans l'évolution des inflammations et des tumeurs. — Rapporteurs : Weigert (Francfort), Marinesco (Bucarest) et Philippe (Paris).

5° Les globules blancs du sang dans les différents états morbides. — Rapporteurs : Ehrlich (Berlin) et Joly (Paris).

6° La résistance des globules rouges à l'état normal et à l'état pathologique. — Rapporteurs : Hamburger (Utrecht), Vaquez (Paris) et Hedin (Lund, Suède).

D. — **Section de Pathologie interne.** — Président : M. Potain ; Vice-Présidents MM Dieulafoy et Grasset (Montpellier) ; Secrétaires : MM. Rendu, rue de l'Université, Paris, et F. Widal, boulevard Haussmann, 155, Paris.

RAPPORTS. — 1° Pathogénie de la goutte. — Rapporteurs : Le Gendre (Paris), Ebstein (Gottingen), Dyce-Duckworth (Londres) et Kolisch (Vienne).

2° Insuffisance rénale. — Rapporteurs : Achard (Paris), Laache (Christiania), Pavlinof (Moscou).

3° Entérite muco-membraneuse. — Rapporteurs : Mathieu (Paris), Nothnagel (Vienne), Ewald (Berlin), Revilliod (Genève).

4° Œdèmes aigus des poumons. — Rapporteurs : Teissier (Lyon), von Basch (Vienne), Masius (Liège), Sirotonine (Moscou).

5° Ulcérations gastriques. — Rapporteurs : Dieulafoy (Paris), Bozzolo (Turin).

E. **Section de médecine de l'enfance.** — Président d'honneur : M. Bergeron ; président : M. Grancher ; vice-présidents : MM. Cadet de Gassicourt et Simon ; secrétaire : Marfan, rue La Boétie, 30, Paris.

RAPPORTS. — 1° De l'allaitement artificiel et en particulier de l'emploi du lait stérilisé. — Rapporteurs : Jacobi (New-York), Johannessen (Christiania), Heubner (Berlin), Monti (Vienne), Variot (Paris).

2° Infections et intoxications gastro-intestinales chez l'enfant du premier âge. — Rapporteurs : Epstein (Prague), Escherich (Gratz), Baginsky (Berlin), F. Fede (Naples), Martinez Vargas (Barcelone), Marfan (Paris).

3° Tuberculose infantile. — Rapporteurs : d'Espine (Genève), Hutinel (Paris), Richardière (Paris), Moussous (Bordeaux).

4° Méningites aiguës non tuberculeuses. — Rapporteurs : Mya (Florence), Concetti (Rome), Netter (Paris), Rauchfuss (Saint-Pétersbourg).

En outre des questions qui seront l'objet de rapports, le Comité de la section de Médecine de l'enfance attire l'attention sur les questions suivantes : *Sérumthérapie antidiphtérique* ; *Rhumatisme infantile et ses rapports avec les affections du cœur et la chorée* ; *Alcoolisme des enfants* ; *Constipations* ; *Maladies du thymus*.

F. — **Section de thérapeutique, pharmacologie et matière médicale.** — Président : M. Landouzy ; secrétaire : M. Gilbert, rue de Rome, 27, Paris.

I. *Thérapeutique.* — Vice-président : M. Bucquoy ; secrétaire : M. Gilbert, rue de Rome, 27, Paris.

RAPPORTS. — 1° Traitement de la lithiaase biliaire. — Rapporteurs : Naunyn (Strasbourg), Gilbert et Fournier (Paris).

2° Indications et contre-indications de la saignée. — Rapporteurs : Baginsky (Berlin), Hayem (Paris).

3° Des injections salines en thérapeutique. — Rapporteur : Landouzy (Paris).

4° Doit-on combattre la fièvre? — Rapporteurs : Stokvis (Amsterdam), Lépine (Lyon).

II. *Pharmacologie.* — Vice-président : M. Pouchet; secrétaire : M. Chassevant, rue Gay-Lussac, 32, Paris.

RAPPORTS. — 1° Des associations médicamenteuses en thérapeutique ; leurs avantages ; leurs inconvénients. Rapporteur : X.

2° Action physiologique et thérapeutique de la digitale et de ses principes actifs. — Rapporteurs : Lauder Brunton (Londres), Grocco (Florence).

3° Mécanisme physiologique et thérapeutique des médicaments diurétiques. — Rapporteurs : Tchérinof (Moscou), Renaut (Lyon).

III. *Matière médicale.* — Vice-président : M. Planchon; secrétaire : M. Chassevant, rue Gay-Lussac, 32, Paris.

RAPPORTS. — 1° Comparaison entre l'action thérapeutique des préparations pharmaceutiques végétales et celle de leurs principes immédiats actifs. — Rapporteur : X.

2° Etat actuel de nos connaissances sur les principes actifs de la digitale. — Rapporteur : Van Aubel (Liège).

3° Etat de nos connaissances sur les alcaloïdes des solanées vireuses. — Rapporteur : Thoms (Berlin).

4° Etude sur les altérations des médicaments par oxydation. — Rapporteur : Bourquelot (Paris).

G. — **Section de neurologie.** — Président : M. Raymond ; vice-présidents : MM. Brissaud, Déjerine, Grasset (Montpellier), Pitres (Bordeaux) ; secrétaire : P. Marie, rue Cambacérès, 3, Paris.

RAPPORTS. — 1° Sur les centres de projection et d'association dans le cerveau humain. — Rapporteurs : Flechsig (Liepzig), Hitzig (Halle), von Monakow (Zurich).

2° Sur la nature et la localisation des réflexes tendineux. — Rapporteurs : Jendrassik (Budapest), C. S. Sherrington (Liverpool).

3° Nature et traitement de la myélite aiguë. — Rapporteurs : von Leyden (Berlin), Crocq (Bruxelles), Marinesco (Bucharest).

4° Diagnostic de l'hémiplégie organique avec l'hémiplégie hystérique. — Rapporteurs : Roth (Moscou), Ferrier (Londres).

5° Des lésions non tabétiques des cordons postérieurs de la moelle. — Rapporteurs : Bruce (Edimbourg), Homen (Helsingfors).

6° Sur différents points de l'étude des aphasies. — Rapporteurs : Pick (Prague), Tamburini (Reggio).

H. — **Section de psychiatrie.** — Président : M. Magnan ; vice-présidents : MM. Joffroy, Gilbert Ballet, Pierret (Lyon) et Cullerre (La Roche-sur-Yon). Secrétaire : M. Ant. Ritti, Asile de Charenton, Seine.

RAPPORTS. — 1° *Pathologie mentale.* — Psychoses de la puberté. — Rapporteurs : Ziehen (Jena), Marro (Turin), J. Voisin (Paris).

2° *Anatomie pathologique.* — Anatomie pathologique de l'idiotie. — Rapporteurs : G. E. Shuttleworth et Fletcher Beach (Londres), Mierzejewski (Saint-Pétersbourg), Bourneville (Paris).

3° *Thérapeutique.* — De l'alitement (repos au lit) dans le traitement des formes aiguës de la folie et des modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés. — Rapporteurs : Clemens Neisser (Leubus), Korsakof (Moscou), Morel (Mons).

4° *Médecine légale.* — La perversion sexuelle obsédante et les impulsions au point de vue médico-légal. — Rapporteurs : de Krafft-Ebing (Vienne), Morselli (Gênes), Paul Garnier (Paris).

I. — **Section de dermatologie et Syphiligraphie.** — Président : M. Besnier ; secrétaire : G. Thibierge, rue de Surène, 7, Paris.

RAPPORTS. — A. *Dermatologie.* 1° Origine parasitaire des eczémas. — Rapporteurs : Kaposi (Vienne), Unna (Hambourg), Jadassohn (Berne), J. Galloway (Londres), Brocq, assisté par Bodin (Rennes), et Veillon (Paris).

2° Les tuberculides. — Rapporteurs : Bœck (Christiania), Colcott Fox (Londres), Campana (Rome), G. Riehl (Liepzig), Darier (Paris).

3° Les pelades. — Rapporteurs : Malcolm Morris (Londres), Lassar (Berlin), Mibelli (Parme), Pavloff (Saint-Pétersbourg), Sabouraud (Paris).

4° Les leucoplasies. — Rapporteurs : Behrend (Berlin), J.-J. Pringle (Londres), Perrin (Marseille).

B. *Syphilographie.* — 1° Syphilis et infections associées. — Rapporteurs : Neisser (Breslau), D. Bulkley (New-York), Ducrey (Pise), Hallopeau (Paris).

2° La descendance des hérédo-syphilitiques. — Rapporteurs : J. Hutchinson (Londres), Tarnowsky (Saint-Pétersbourg), Finger (Vienne), L. Jullien (Paris).

3° Causes des infections généralisées dans la blennorrhagie. — Rapporteurs : Taylor (New-York), Lesser (Berlin), Tommasoli (Palerme), J.-E. Lane (Londres), Balzer (Paris).

CLASSE III. — SCIENCES CHIRURGICALES.

A. — **Section de chirurgie générale.** — Président : M. Tillaux ; vice-présidents : MM. Ollier et Léon Labbé ; secrétaire : Walther, boulevard Haussmann, 21, à Paris.

RAPPORTS. — 1° Chirurgie du pancréas. — Rapporteurs : Ceccherelli (Parme) ; Mayo Robson (Leeds) ; J. Bœckel (Strasbourg).

2° Radiographie dans l'étude des fractures et des luxations. — Rapporteurs : Ashurst (Philadelphie) ; Bergmann (Berlin) ; Maunoury (Chartres).

3° Traitement des plaies infectées. — Rapporteurs : Bobrof (Moscou) ; Bloch (Copenhague) ; Lejars (Paris).

4° Anastomoses intestinales et gastro-intestinales. — Rapporteurs : Roux (Lausanne) ; Kraské (Fribourg) ; Chaput (Paris).

B. — **Section de chirurgie de l'enfance.** — Président : M. Lannelongue ; vice-présidents : MM. Kirmisson et Piéchaud (Bordeaux) ; secrétaires : MM. A. Broca, rue de l'Université, 5, Paris, et Villemin, rue Notre-Dame-des-Champs, 58, Paris.

RAPPORTS. — 1° *Traitement des luxations congénitales de la hanche.* — *a.* Traitement par les opérations sanglantes. — Rapporteur : Hoffa (Wurzbourg). — *b.* Traitement par les méthodes non sanglantes. — Rapporteur : Lorenz (Vienne). — *c.* Rapport d'ensemble. — Rapporteur : Kirmisson (Paris).

2° *Traitement du mal de Pott.* — *a.* Traitement dans la phase de début et de la gibbosité en cours de formation. — Rapporteur : Soubotine (Saint-Pétersbourg). *b.* Traitement de la phase où la gibbosité est faite et terminée. — Rapporteur : Bradford (Boston).

3° *Indications thérapeutiques dans l'appendicite.* — Rapporteurs : F. Treves (Londres), Roux (Lausanne), Jalaguier (Paris).

(*A suivre*).

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. Les deux sections du jury de ce concours sont ainsi composées :

Anatomie. — MM. Roubinowitch, Teissier, Morestin, Auvray.

Pathologie. — MM. Lamy, Legry, Launay, Brindeau.

Les séances ont lieu pour l'anatomie les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. 1/2 ; pour la pathologie les mardis, jeudis et samedis, à la même heure, à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Faculté de médecine de Paris

(Année scolaire 1899-1900)

Les cours du semestre d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 1er novembre 1899

Cours. — PHYSIQUE BIOLOGIQUE. *M. Gariel* (And. Broca, agrégé, chargé de cours). — Méthode graphique. Physiologie du mouvement. Phénomènes physiques des échanges. Travail musculaire et chaleur animale. Electricité biologique. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté).

ANATOMIE. *M. Farabeuf.* — L'architecture du corps humain, les articulations, les os et les muscles. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

HISTOLOGIE. *M. Mathias-Duval.* — La cellule en général, et la cellule nerveuse en particulier ; le système nerveux ; la peau et les organes des sens. — Mardi, jeudi, samedi à 4 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

PHYSIOLOGIE. *M. Richet.* — Système nerveux. Muscles. Circulation. Respiration. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. *M. Lannelongue.* — Pathologie générale chirurgicale et chirurgie d'urgence. — Lundi, à 5 heures (Laboratoire de pathologie externe), mercredi, vendredi, à 3 heures (Ecole pratique).

PATHOLOGIE MÉDICALE. *M. Debove.* — Diagnostic des maladies aiguës. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand amphithéâtre de la Faculté).

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE. *M. Chantemesse.* — Etude expérimentale des processus pathologiques généraux. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale à l'Ecole pratique).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. *M. Cornil.* — Anatomie pathologique des organes génitaux de l'homme et de la femme. — Lundi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).— Mercredi à 2 heures (Ecole pratique).

THÉRAPEUTIQUE. *M. Landouzy.* — Eaux minérales : stations thermales, maritimes, climatériques, sanatoria ; situation, description, applications, indications thérapeutiques. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

PHARMACOLOGIE ET MATIÈRE MÉDICALE. *M. Pouchet.* — Modificateurs du système nerveux central (*suite* et *fin* de l'étude du premier groupe), modificateurs intellectuels ; modificateurs de la thermogénèse (antithermiques-analgésiques) ; modificateurs à action primitive centrale et à action secondaire périphérique. — Mardi, jeudi, samedi à 4 heures (Amphithéâtre de pharmacologie, à la Faculté).

HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE — *M. Brissaud.* — Constitutions, tempéraments, diathèses, dans la médecine ancienne et dans la médecine moderne. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

CONFÉRENCES DE MÉDECINE LÉGALE. *M. Brouardel.* — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

Cliniques. — CLINIQUES MÉDICALES. *M. Potain.* — Mardi, samedi, à 10 heures (à la Charité). — *M. Jaccoud.* — Mardi, samedi, à 10 heures (à la Pitié). — *M. Hayem.* — Mardi, samedi, à 10 heures à l'hôpital Saint-Antoine). — *M. Dieulafoy.* — Mercredi, samedi, à 10 heures 1/2 (à l'HôtelDieu).

CLINIQUES CHIRURGICALES. *M. Duplay.* — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôtel-Dieu). — *M. Le Dentu.* — Mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 à l'hôpital Necker). — *M. Tillaux.* — Lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures (à la Charité). — *M. Berger.* — Lundi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié).

CLINIQUE DE PATHOLOGIE MENTALE ET DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE. *M. Joffroy.* — Lundi, vendredi, à 2 h. 1/2 (à l'asile Sainte-Anne).

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS. *M. Grancher* (M. Marfan, agrégé, chargé de cours). — Lundi, vendredi à 10 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades).

CLINIQUES DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. *M. Fournier.* — Mardi, vendredi, à 10 heures (à l'hôpital Saint-Louis).

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. *M. Raymond.* — Mardi, vendredi, à 10 heures (à la Salpêtrière).

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE. *M. Panas.* — Lundi, vendredi, à 9 heures (à l'Hôtel-Dieu).

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES. *M. Guyon.* — Mercredi, samedi, à 9 heures (à l'hôpital Necker).

CLINIQUES D'ACCOUCHEMENTS. *M. Pinard.* — Lundi, vendredi, à 9 h., à la clinique d'accouchements, clinique Baudelecque, 125, boulevard de Port-Royal. *M. Budin.* — Mardi, samedi, à 9 h. 1/2 (à la clinique d'accouchements, clinique Tarnier, rue d'Assas).

Conférences. CHIMIE BIOLOGIQUE. *M. Desgrez*, agrégé. — Principes constitutifs des êtres vivants ; leurs origines, leurs propriétés physiologiques et chimiques. Lundi, mercredi, vendredi, à midi. (Amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté).

ANATOMIE. *M. Rieffel.* — Anatomie descriptive et topographique des organes des sens et de l'appareil respiratoire. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE ÉLÉMENTAIRE. *M. Achard*, agrégé. — Etude élémentaire des causes et des réactions morbides (processus pathogéniques et processus pathologiques). — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

PATHOLOGIE INTERNE. *M. Roger*, agrégé. — Les maladies infectieuses aiguës. — Lundi, mercredi, vendredi, à 6 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

PATHOLOGIE EXTERNE. *M. Lejars*, agrégé. — Maladies chirurgicales de la poitrine et de l'abdomen. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté).

MÉDECINE LÉGALE. *M. Thoinot*, agrégé. — Asphyxies. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté).

HYGIÈNE. *M. Wurtz*, agrégé. — Conférences pratiques. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (laboratoire d'hygiène).

OBSTÉTRIQUE. *M. Wallich*, agrégé. — Grossesse et accouchement physiologiques. Pathologie de la grossesse. — Mardi, jeudi, samedi, à 6 heures (grand amphithéâtre de la Faculté).

MALADIE DE LA PEAU. *M. Gaucher*, agrégé. — Dermatoses parasitaires et tumeur de la peau. — Dimanche, à 10 h. 1/2 (hôpital Saint-Louis).

Travaux pratiques. PHYSIQUE BIOLOGIQUE. *M. Weiss*, agrégé, chef des travaux. — Travaux pratiques de physique biologique. — Mardi, vendredi, de 9 à 11 heures (Ecole pratique).

CHIMIE BIOLOGIQUE. *M. Hanriot*, agrégé, chef des travaux. — Manipulations de chimie biologique. Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 9 à 11 heures, à l'Ecole pratique.

DISSECTION. *M. Rieffel*, chef des travaux anatomiques. — Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours, de 1 h. à 4 heures à l'Ecole pratique.

HISTOLOGIE. *M. Retterer*, agrégé, chef des travaux. — Travaux pratiques d'histologie (1re année). — Lundi, mercredi, de 9 à 11 heures, à l'Ecole pratique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, *M. Brault*, chef des travaux. — Exercices pratiques d'anatomie pathologique. Conférences et démonstrations. — Tous les jours, de 1 h. à 3 heures (Ecole pratique).

PARASITOLOGIE. *M. Guiart*, chef des travaux. — Conférences et démonstrations. — Lundi, mercredi, vendredi, de 1 à 3 heures, à l'Ecole pratique.

Ier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale. — Un Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, institué par arrêté ministériel en date du 11 juin 1898, doit se tenir à Paris, au cours de l'Exposition universelle de 1900, du 23 au 28 juillet inclus.

Ce Congrès comprendra quatre sections :

1re *Section.* — Président : M. André (de Toulouse); secrétaires : MM. Poitou-Duplessis et Ducor. — Des rapports du médecin avec les collectivités (Etat ou collectivités autres que l'Etat : Des lois réglementant l'exercice de la médecine; Les médecins et l'Assistance publique, etc., etc.; Grandes Compagnies; Sociétés d'exploitations industrielles, etc., etc.).

2e *Section.* — Président : M. Queirel (de Marseille); secrétaires : MM. Tapie et Doury. — Des Rapports du médecin avec les individualités (Clients, etc., auxiliaires du médecin, etc., exercice illégal de la médecine).

3e *Section*, — Président : M. Lacassagne (de Lyon); secrétaires : MM. Dignat et Millon. — Des Rapports du médecin avec ses confrères (Déontologie).

4e *Section.* — Président : M. Gross (de Nancy); secrétaires : MM. Cayla et Piot. — Des Œuvres professionnelles de prévoyance, de défense ou d'assistance médicales.

Les *Communications*, dont un résumé devra être envoyé au secrétaire général du Congrès le plus tôt possible et de toute façon *avant le 1er juillet* 1900, pourront être faites eg français, anglais ou allemand. Les communications qui seraient faites en toute autre langue que le français, devront être accompagnées d'un résumé de vingt lignes rédigé en français, lu en séance et imprimé aux comptes rendus.

Outre les csmmunications faites en séances de section, les membres du Congrès auront à discuter sept *rapports* qui, imprimés et distribués à l'avance aux congressistes, seront lus en séances générales. Ces rapports auront trait aux questions suivantes :

1° *Des principes fondamentaux de la déontologie médicale*; — Rapporteur : M. Grasset (de Montpellier);

2° *De l'exercice illégal de la médecine*; — Rapporteur : M. Descouts (de Paris);

3° *Des œuvres d'assistance et de prévoyance médicales*; — Rapporteur : M. Lande (de Bordeaux);

4° *Des œuvres de défense professionnelle*; — Rapporteur : M. Porson (de Nantes);

5° *Relations des médecins avec les mutualités*; — Rapporteur : M. Cuylits (de Bruxelles);

6° *Organisatisn des chambres médicales et leurs résultats dans les pays où elles fonctionnent*; — Rapporteur : M. Pollak (de Vienne):

7° *Organisation de la Ligue des médecins de Hongrie*; — Rapporteur : M. Jendrassik (de Budapest);

Les Rapports imprimées en français seront accompagnés d'un résumé en allemand et en anglais.

La cotisation, fixée à 15 francs, doit être adressée au trésorier général, M. P. Masson, éditeur, 120, *boulevard Saint-Germain*, *Paris*.

Outre les avantages réservés d'ordinaire aux adhérents, aux Congrès officiels, elle donne droit à d'importantes réductions sur le tarif des chemins de fer français. Une circulaire ultérieure, donnant les renseignements nécessaires à cet égard, ainsi que le programme complété des travaux du Congrès, sera envoyée avec leur carte d'adhérent aux médecins qui auront fait parvenir à temps leur adhésion

Des commissions locales de propagande fonctionnent à l'heure actuelle dans tous les principaux centres médicaux et dans les départements en France.

Des Comités nationaux sont actuellement constitués et fonctionnent à l'étranger.

Une circulaire générale avec bulletin d'adhésion sera adressée à tous les médecins de France et à un grand nombre de médecins étrangers, particulièrement dans le courant des mois de novembre et de décembre 1899 et dans le courant de l'année 1900.

Nous prions instamment les médecins praticiens de prendre avec soin connaissance de cette circulaire que l'on voudra bien réclamer en cas d'oubli, et d'envoyer au trésorier, le plus tôt possible, le bulletin d'adhésion signé.

BUREAU DU CONGRÈS.

Président du Congrès. — M. L. Lereboullet, rue de Lille, 44, Paris.

Vice-Présidents du Congrès. — MM. Grasset, Montpellier; R. Jamin et Le Baron, Paris; Porson, Nantes.

Secrétaire général du Congrès. — M. Jules Glover, rue du Faubourg-Poissonnière, 37, Paris.

Secrétaire général adjoint. — M. P. Gastou, Paris.

Trésorier général du Congrès. — M. P. Masson, boulevard Saint-Germain, 120, Paris.

SECTIONS : PREMIÈRE SECTION. — *Des rapports du médecin avec les collectivités* (Etat ou collectivités autres que l'Etat). *Président.* — M. André, Toulouse.

Secrétaires. — MM. Poitou-Duplessy et Ducor (1).

Rapport. — Relations des médecins avec les mutalités. — Rapporteur : M. Cuylits, Bruxelles.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées. — I. Rapports avec l'Etat et les organismes dépendant directement de l'Etat.

1° Des lois réglementant l'exercice de la médecine;

2° Les médecins et l'Assistance publique (hôpitaux, bureaux de bienfaisance, dispensaires, etc.);

3° La médecine sanitaire au point de vue économique;

4° Les rapports des médecins avec l'autorité judiciaire, expertises, etc. Secret médical, etc.

II. Rapports avec les collectivités autres que l'Etat.

1° Grandes Compagnies : *a*) Compagnies d'assurances; *b*) Compagnies industrielles; Chemins de fer et transports maritimes. — Sociétés d'exploitations industrielles (mines, usines, etc.).

2° Sociétés de prévoyance et de secours matuels;

3° Œuvres de bienfaisance privées, etc.

DEUXIÈME SECTION. — *Des rapports du médecin avec les individualités.* — *Président* : M. Queirel, Marseille;

(1) Les membres dont les noms ne sont suivis d'aucune indications sont de Paris.

Secrétaires : MM. Tapie et Doury.

Rapport. — De l'exercice illégal de la médecine. — Rapporteur : M. Descouts, Paris.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées. — 1° Clients (honoraires, privilèges du médecin, etc.).

2° Auxiliaires du médecin : gardes-malades et infirmiers, bandagistes, fabricants d'appareils, etc.

3° Guérisseurs. — Répression de l'exercice illégal de la médecine, etc.

TROISIÈME SECTION. — *Des rapports du médecin avec ses confrères* (Déontologie médicale). — *Président* : M. Lacassagne, Lyon.

Secrétaires : MM. Dignat et Millon.

Rapports. — 1° Des principes fondamentaux de la déontologie médicale. — Rapporteur : M. Grasset, Montpellier;

2° Organisation des chambres médicales et leurs résultats dans les pays où elles fonctionnent. — Rapporteur : M. Pollak, Vienne;

3° Organisation de la Ligue des médecins de la Hongrie. — Rapporteur : M. Jendrassik, Budapest.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées — Consultations. — Cliniques et institutions médicales. — Remplacements. — Cessions de clientèle. — Rapports entre les médecins de nationalités différentes. — Sociétés médicales professionnelles. — Ordres et Chambres de médecins, etc.

QUATRIÈME SECTION. — *Des œuvres professionnelles de prévoyance, de défense ou d'assistance médicale mutuelles.* — *Président* : M. Gross, Nancy.

Secrtaires : MM. Cayla et Piot.

Rapports. — 1° Des œuvres d'assistance et de prévoyance médicale. — Rapporteur : M. Lande, Bordeaux.

2° Des œuvres de défense professionnelle. — Rapporteur : M. Porson, Nantes.

Questions proposées pour être plus spécialement traitées. — Assurances en cas de maladie ou d'infirmités.

Caisse de retraites.

Secours aux veuves et aux orphelins, etc.

Syndicats.

Dispensaire de salubrité. — CONCOURS pour l'admission successive à 5 emplois de médecin-adjoint au dispensaire de salubrité.

Le préfet de police,

Vu les dispositions des arrêtés du 1er mars 1888 et du 21 avril 1896;

Sur la proposition du Secrétaire général;

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Un concours est ouvert pour l'admission successive à cinq emplois de médecin-adjoint au Dispensaire de salubrité.

ART. 2. — Il aura lieu à la Préfecture de Police (Salle du Conseil d'Hygiène), le mercredi 13 décembre, à midi, et se continuera les jours suivants soit à la Préfecture de police, soit à la maison de Saint-Lazare.

ART. 3. — Il sera procédé à ce concours conformément aux arrêtés susvisés. Les conditions du concours seront portées à la connaissance du public sous forme d'avis et par voie d'affiches.

ART. 4. — Le Secrétaire Général est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Conditions du concours. — MM. les Docteurs qui désireront prendre part au concours se feront inscrire à la Préfecture de Police (service du personnel), de dix heures à midi, et y déposeront leurs pièces (demande sur papier timbré de 0 fr. 60, acte de naissance, pièces militaires, diplômes, notice indiquant les titres scientifiques ou hospitaliers).

Le registre d'inscription sera ouvert le samedi 21 octobre et clos le samedi 11 novembre à 4 heures.

Les candidats admis à concourir recevront, le 9 décembre au plus tard, avis de la décision les concernant.

Tout candidat devra justifier de la qualité de Français, de moins de trente-cinq ans d'âge, et du diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat.

Le concours consistera en :

1° Une épreuve écrite de deux heures, sur un sujet relatif aux affections vénériennes et à la gynécologie;

2° Une épreuve de titres scientifiques et hospitaliers;

Chacune de ces épreuves comportera un maximum de 28 points, soit 40 points au total.

Seront seuls admis à subir les épreuves orales les dix premiers candidats, ayant atteint au moins 30 points pour l'ensemble des deux épreuves.

3° Deux épreuves orales de diagnostic, de dix minutes chacune, après dix minutes de préparation.

Pour chacune de ces épreuves, le maximum sera de 30 points.

Vu pour être annexé à l'arrêté du 3 octobre 1899.

PAR LE PRÉFET DE POLICE, *Le préfet de police*

Le secrétaire général LÉPINE.

E. LAURENT.

Enseignement populaire supérieur de l'Hôtel-de-Ville. — Hôtel-de-Ville, salle des Prévôts, samedi soir à 8 h. 1/2, M. le Dr VERNEAU fera une conférence sur les Boers et les indigènes de l'Afrique Australe (avec projections).

Hopital Saint-Antoine. — RADIOSCOPIE MÉDICALE. Le Dr A. BÉCLÈRE commencera le dimanche 5 novembre à 10 heures du matin et continuera les dimanches suivants à la même heure une nouvelle série de conférences et d'exercices pratiques :

A 10 heures. Conférence de radiologie (les rayons de Röntgen, moyens de production, modes d'emploi, applications au diagnostic médical).

A 10 h. 1/2. Présentation et examen radioscopique des malades.

N. B. — Le samedi matin, à 10 h. 1/2, examen radioscopique des malades indigents, adressés dans ce but par leur médecin à M. Béclère.

Chemin de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — A l'occasion de la fête de la Toussaint, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 28 octobre, seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 6 novembre.

Nécrologie. — Le Dr GRENAT, rue Turenne, décédé à l'âge de 84 ans. — Le Dr DELABORDE, de Paris, décédé à l'âge de 35 ans.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER, 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*